LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

UN FINANCEMENT

ÉQUITABLE
À LA MESURE
DE NOS
MOYENS

SOMMAIRE
DU DOCUMENT
DE RÉFLEXION

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
4e trimestre 1991

L'Assemblée nationale adoptait le 28 août dernier le projet de loi 120, *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.* Cette loi a marqué une première étape décisive pour l'avenir des services sociaux et de santé du Québec.

À la lumière du document *Une Réforme axée sur le citoyen* publié le 7 décembre 1990, cette loi, essentiellement, est venue redéfinir les droits et les responsabilités, les rôles et les fonctions des principaux intervenants d'un réseau au service des citoyens. Cette nouvelle loi a également réaménagé les différentes règles du jeu qui encadreront désormais la planification, l'organisation et la gestion des ressources humaines, matérielles et financières que les citoyens rendront disponibles, au moyen de leurs taxes, de leurs impôts et d'autres contributions financières.

Dans la continuité de la mise en oeuvre de la Réforme, une seconde étape majeure doit maintenant être franchie. Le temps est venu de décider ensemble du cadre financier et des choix qui seront les plus appropriés au maintien du régime public des services sociaux et de santé du Québec.

Dans le nouveau contexte économique et financier du Québec en évolution, est-ce que les contribuables québécois auront les moyens de payer les 12 milliards $ que coûtent actuellement les services sociaux et de santé, et de soutenir le rythme de croissance de ces dépenses? Est-ce que le gouvernement du Québec pourra continuer de compenser indéfiniment le ralentissement des transferts du gouvernement fédéral au financement de la santé, soit en améliorant davantage la performance de ce secteur, soit en surchargeant l'endettement des générations futures?

Pourrions-nous en effet risquer de compromettre l'avenir économique de nos jeunes en leur léguant une dette publique très lourde à assumer et une fiscalité non concurrentielle, qui réduirait grandement leur capacité financière de bénéficier eux aussi de l'accessibilité à des services sociaux et de santé et à d'autres services publics? Ces services seront tout autant qu'à nous, soyons-en assurés, nécessaires à leur épanouissement dans le contexte rigoureux de l'économie globale qui sera le leur.

Le financement des services sociaux et de santé pose ainsi des problèmes majeurs que l'on ne peut dissocier de ceux qui se posent pour les finances publiques et pour l'économie du Québec, et dont l'on ne pourrait reporter encore longtemps la solution. Ces problèmes touchent ou toucheront tous les milieux de notre société. Il est temps, ensemble, d'entreprendre de les résoudre.

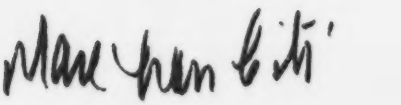
Afin d'éclairer la démarche des choix collectifs les plus appropriés possible qui façonneront le financement des services sociaux et de santé pour les années 2000, le Ministère soumet son diagnostic ainsi que des réflexions et des voies de solutions envisageables. Certaines de ces orientations et mesures ont déjà été retenues dans le cadre de la Réforme et plusieurs autres sont présentées pour fins de discussions. J'invite également tous les

intéressés à soumettre d'autres options envisageables et réalistes. Ces propositions seront examinées toujours dans la même perspective de résoudre efficacement et équitablement le problème du coût et du financement des dépenses publiques des services de santé et des services sociaux du Québec et ce, dans le meilleur intérêt de tous les Québécois et Québécoises.

C'est ainsi dans le même esprit que celui qu'il a adopté dans la Réforme que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend résolument axer le débat qui s'amorce sur le citoyen. Les préoccupations du Ministère portent en effet non seulement sur la dispensation directe de services au citoyen dans toutes ses dimensions, de consommateur, de décideur et de payeur, mais également sur l'amélioration des conditions déterminantes du bien-être et de la santé de tous les citoyens, ceux d'aujourd'hui et ceux de demain. Bien que ces derniers soient absents de nos centres de décision, il est de la responsabilité du gouvernement et de la société québécoise tout entière de placer les droits et les intérêts légitimes de nos enfants, les futurs citoyens, au centre des délibérations présidant aux décisions actuelles, sur un pied d'égalité avec ceux de ses contemporains.

Puisse l'objectif central de cette réflexion sur le financement des services sociaux et de santé ne jamais être perdu de vue : garantir à tous les citoyens du Québec, d'aujourd'hui et de demain, économiquement avantagés ou démunis, une égalité de chances d'améliorer leurs conditions de santé et de bien-être, une accessibilité aux services sociaux et de santé disponibles, ainsi qu'une contribution individuelle au financement des services qu'ils consomment qui tienne compte de leur capacité de payer respective; assurer également aux citoyens d'aujourd'hui et de demain une contribution globale au financement qui reflète adéquatement la valeur globale des services qu'ils consomment, sans l'excéder.

Le Ministre,



MARC-YVAN CÔTÉ

92-03572/

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE
LES QUESTIONS MAJEURES,
LES CATÉGORIES DE PROBLÈMES 3

1. **DÉTERMINATION DES DÉPENSES GLOBALES** 5
2. **ALLOCATION ET UTILISATION DES RESSOURCES** 7
3. **FINANCEMENT DES DÉPENSES** 8

La problématique des finances publiques 8

Les enjeux du financement des services sociaux et de santé 9

Les modalités de financement 9

CHAPITRE II
PERSPECTIVES ET CONTRAINTES 11

1. **PERSPECTIVES** 13
2. **CONTRAINTES** 14

CHAPITRE III
ORIENTATIONS, MESURES ET OPTIONS 15

1. **UNE ADAPTATION GLOBALE,**
   DES CHOIX PUBLICS SPÉCIFIQUES À COMPLÉTER 17
2. **MESURES PORTANT SUR LA DÉTERMINATION DES DÉPENSES : infléchir la dynamique à un rythme n'exédant pas l'évolution de la richesse collective et tenant compte de la capacité financière de l'État** 17
3. **MESURES PORTANT SUR L'ALLOCATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES : apporter des correctifs nécessaires afin de répondre efficacement aux problèmes avec les ressources disponibles** 18
4. **MESURES PORTANT SUR LE FINANCEMENT : respecter la capacité financière de l'État et établir des liens transparents entre les dépenses et leur financement, tout en respectant les objectifs fondamentaux du gouvernement dans le secteur sociosanitaire** 19

Pistes d'orientations et options envisageables concernant les services de base 19

Orientations et options envisageables, services complémentaires 22

La démarche fédérale-provinciale du Ministère 23

5. CONCLUSION : des choix majeurs pour les intervenants et pour les citoyens 24

CHAPITRE IV
UN NOUVEAU CADRE INTÉGRÉ DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LE QUÉBEC 25

Un cadre intégré de régulation des dépenses et du financement 27

Évaluation préliminaire de l'importance financière des mesures à adopter par un fonds général des services sociaux et de santé 28

CONCLUSION
UN DÉFI EXIGEANT ET STIMULANT, AU COEUR DE LA VIE DU QUÉBEC 29

INTRODUCTION

Ce document résume la publication du Ministère intitulée *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*. Pour amorcer la consultation sur les coûts et le financement de la santé et des services sociaux, cette publication propose la démarche suivante :

- s'appuyer sur un diagnostic complet des véritables problèmes économiques et financiers du secteur;

- rappeler les orientations et les mesures déjà prévues pour atténuer le problème du financement;

- examiner les avantages et les inconvénients de différentes options qui permettraient de combler le manque à pourvoir, notamment en considérant les objectifs fondamentaux du Ministère et les orientations qu'il privilégie;

- demander à la population d'exprimer ses préférences et de soumettre des voies additionnelles, empreintes de réalisme, qui pourraient être plus avantageuses.

Le premier chapitre présente la problématique des coûts et du financement en faisant une distinction entre les problèmes de détermination des dépenses, ceux portant sur l'allocation des ressources et ceux relatifs au financement. Le second chapitre donne les perspectives prévisibles de l'évolution des dépenses de santé et de services sociaux et de leur financement.

Le troisième chapitre dégage les orientations qui portent sur le contrôle des coûts et la diversification des sources de financement. Ces orientations concernent le citoyen québécois tant à titre de co-assuré dans le cadre d'un régime public qu'à titre d'usager qui doit pourvoir au financement des services qu'il utilise.

Le quatrième chapitre propose la création d'un **Fonds général des services sociaux et de santé** qui vise à améliorer le processus actuel de régulation et à assurer une conciliation du rythme de croissance des dépenses avec les capacités de payer des citoyens et de l'État.

Le document de consultation comprend en plus cinq annexes. Une de ces annexes soulève les inconvénients et les avantages qui résulteraient d'un ticket modérateur. Une autre annexe comprend des réflexions sur la définition des services assurés où une distinction est faite entre le panier des services assurés et sa gestion dans le cadre de la définition opérationnelle actuelle; de plus, certaines mesures susceptibles de redéfinir le panier des services assurés sont présentées.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE
LES QUESTIONS MAJEURES,
LES CATÉGORIES DE PROBLÈMES

La problématique du document de consultation porte sur l'évaluation du montant des dépenses et de leur rythme d'augmentation en regard de la richesse collective du Québec, sur l'allocation et l'utilisation des ressources dévolues à la santé et aux services sociaux ainsi que sur leur financement par le secteur public eu égard au contexte budgétaire actuel du gouvernement.

1. DÉTERMINATION DES DÉPENSES GLOBALES

Quel devrait être le montant total des ressources consacrées à la santé et aux services sociaux du Québec et quel devrait être leur rythme d'augmentation, compte tenu de la richesse collective? Il n'existe pas de norme pour répondre à cette question. Cependant, on peut appuyer notre jugement sur des comparaisons avec d'autres provinces et pays en se rappelant que les conditions de santé et de bien-être d'une population ne sont pas uniquement liées au montant de ressources consacrées aux services sociaux et de santé. Elles dépendent également de facteurs sociaux, économiques, environnementaux, éducationnels et culturels.

La comparaison des dépenses de santé permet de dégager notamment les constats suivants :

- **La part de la richesse collective du Québec consacrée aux dépenses totales de santé s'explique par les caractéristiques du régime et est supérieure à celle de la plupart des pays industrialisés.** Certaines études internationales établissent que plus un pays est riche, plus il consacre de ressources en matière de services sociaux et de santé. Le Québec ne fait pas exception à la règle. Cependant, cette part (9 % du PIB) est supérieure à celle de la plupart des pays industrialisés, ce qui commande la plus grande prudence quant à son évolution future. Elle se situe près de la moyenne du Canada (8,7 % du PIB) mais est toutefois supérieure à celle de l'Ontario (8,2 % du PIB), premier partenaire commercial du Québec au Canada.

  Par ailleurs, les dépenses publiques per capita au Québec n'étaient, en 1987, que de 5,4 % inférieures à celles de l'Ontario, alors que la richesse collective per capita était de 18,6 % inférieure. Il en résultait une part plus élevée de la richesse collective consacrée aux dépenses publiques de santé au Québec (6,9 %) qu'en Ontario (5,9 %).

  Enfin, dans une perspective interne au secteur de la santé, les caractéristiques du régime canadien de santé et le contexte nord-américain apparaissent être également des déterminants importants du niveau des dépenses de santé par rapport à la richesse collective.

- **Le montant des dépenses totales de santé per capita est supérieur à celui des autres pays industrialisés si l'on exclut les États-Unis.** Notons toutefois qu'en 1987, ce montant était inférieur de 6,1 % à celui des autres provinces et de 12,9 % à celui de l'Ontario.

- **L'augmentation annuelle moyenne des dépenses publiques de santé du Québec constatée de 1981 à 1987 (IPC + 2,7 %) est inférieure à celle de l'ensemble du Canada (IPC + 3,5 %) et est la seconde meilleure performance parmi les provinces.** Elle est attribuable notamment aux efforts faits depuis 1980 pour contrôler la rémunération du personnel des établissements et celle des médecins. Par ailleurs, les crédits de santé et de services sociaux accordés par le gouvernement du Québec ont, de 1983-1984 à 1990-1991, augmenté de 7,6 % annuellement alors que le PIB augmentait de 8 %. Cependant, en 1990-1991 et en 1991-1992, la croissance des crédits excédait la croissance du PIB de 6,1 et de 7,9 points de pourcentage. Cet excédent s'explique par les effets conjoints de la récession sur le PIB et sur les dépenses et par le rattrapage salarial accordé pendant cette période.

- **La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé du Québec en 1987 (77,1 %) se compare à celle des autres pays, est légèrement supérieure à celle de l'ensemble du Canada (74,8 %) et nettement plus élevée qu'en Ontario (70,9 %).** On note toutefois une tendance à la diminution de cette part au Québec de 1984 (80,1 %) à 1987 (77,1 %).

- **Les ressources physiques (lits, équipements), technologiques et humaines sont comparables à celles des autres provinces en quantité et en qualité.** En 1990, il existait au Québec 3,42 lits dressés par 1000 habitants en courte durée physique pour 3,44 en Ontario et 3,78 au Canada, ce qui est comparable. Le nombre de lits (0,55 par 1000 habitants) en courte durée psychiatrique était cependant supérieur au Québec : 83,3 % plus élevé qu'en Ontario (0,30) et 48,6 % plus élevé que la moyenne canadienne (0,37).

  Par ailleurs, 6,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec vivent en institution alors que ce pourcentage est de 5 % en Grande-Bretagne et en France.

  La disponibilité des ressources humaines paraît elle aussi adéquate. Au 31 décembre 1988, le Québec se situait au deuxième rang pour la disponibilité des médecins au Canada. De plus, le Québec accorde 8,8 % plus d'heures rémunérées par jour-patient dans les hôpitaux généraux publics que l'Ontario et 8,6 % de plus que la moyenne canadienne.

  Enfin, des informations partielles indiquent que de façon générale, le Québec ne serait pas en retard quant à ses équipements de haute technologie, si on le compare à l'Ontario et au Canada.

  Les ressources actuelles sont donc comparables et suffisantes. Cela n'implique pas pour autant que leur répartition est adéquate, que leur utilisation est toujours efficiente ou que leurs sources de financement demeurent appropriées.

La part du PIB affectée aux dépenses de services sociaux et de santé, représente un pourcentage relativement élevé. Aussi une croissance de ces dépenses supérieure à celle du PIB et à celle de la capacité finan-

cière du gouvernement pourrait affecter l'économie québécoise et sa concurrentialité.

Devrait-on par ailleurs continuer d'investir et de concentrer toutes nos nouvelles ressources dans les services alors que plusieurs des problèmes dépendent des conditions socio-économiques, des habitudes de vie, des comportements? Actuellement, la marge de manoeuvre gouvernementale requise pour réorienter le tir est en grande partie aspirée par les dépenses de santé et de services sociaux et par ailleurs, il y a une incompatibilité entre le niveau actuel et le rythme d'augmentation de ces dépenses, et la situation des finances publiques du Québec.

2. ALLOCATION ET UTILISATION DES RESSOURCES

Pouvons-nous dire que nous en avons réellement «pour notre argent» avec les 12 milliards $ de dépenses publiques de santé et de services sociaux et que cette masse est allouée parfaitement et est utilisée adéquatement? Les travaux de la Réforme ont permis de dégager trois constats majeurs en matière d'allocation des ressources.

- **Des lacunes dans l'efficacité de l'allocation.** Il n'y a pas de certitude que les ressources attribuées contribuent à résoudre les problèmes prioritaires car le processus actuel de budgétisation ne s'interroge pas sur la réduction des problèmes avec les moyens utilisés.

- **Une répartition interrégionale à revoir.** Le problème de la répartition géographique des services médicaux est déjà connu. Par ailleurs, les «indexations uniformisées» pour la reconduction du budget des établissements ne permettent pas de tenir compte de l'évolution, dans le temps, des clientèles et des besoins. Ceci accentue le problème de l'équité interrégionale.

- **Des modalités d'allocation ne favorisant pas toujours une utilisation efficiente des ressources.** Certains mécanismes ponctuels d'allocation tels que l'attribution de l'enveloppe du coût de système santé ainsi que certaines opérations visant à éponger des déficits ne tiennent pas compte de la performance des établissements, ce qui ne constitue pas un incitatif à l'efficience.

Relativement à l'utilisation des ressources, on ne possède pas d'information qui permette d'affirmer qu'il y a une consommation abusive des services. Les comparaisons avec l'Ontario suggèrent que la situation au Québec, de façon globale, ne serait pas abusive. Certains «désagréments» associés à la consommation des services peuvent contribuer à freiner la demande alors que l'accessibilité gratuite peut favoriser une consommation moins nécessaire. De l'avis du Ministère, ce problème concerne plutôt certaines consommations particulières comme celle des médicaments chez les personnes âgées et l'utilisation des services ambulatoires des centres hospitaliers. On note enfin que certaines personnes ne consultent pas en temps approprié et que d'autres ont des habitudes de vie dommageables pour leur santé, ce qui entraîne des coûts additionnels. Dans

l'ensemble, les questions de l'allocation et de l'utilisation inappropriée de certaines ressources relèvent davantage du bon ajustement des dépenses que de leur coût global.

3. FINANCEMENT DES DÉPENSES

La réduction des dépenses publiques de santé et de services sociaux représente un enjeu stratégique pour les finances publiques et un défi majeur pour la poursuite des objectifs fondamentaux du Ministère. En effet, elles sont financées à 93,3 % par le fonds consolidé du revenu et elles représentent près du tiers des dépenses budgétaires gouvernementales. De 1983-1984 à 1990-1991, elles ont évolué au rythme de l'IPC + 3,2 %, soit 1,6 point de pourcentage de plus que les autres dépenses gouvernementales. On ne peut donc faire abstraction de l'ensemble de la situation financière gouvernementale dans le financement des services sociaux et de santé.

La problématique des finances publiques

En 1986, le ministre des Finances posait trois constats majeurs pour les finances publiques du Québec :

- une importante dette accumulée dont les intérêts grugent une partie croissante des ressources de l'État;
- des dépenses publiques trop élevées par rapport à la capacité de payer;
- un fardeau fiscal beaucoup plus lourd qu'en Ontario.

Aussi, le gouvernement a-t-il retenu comme orientation de redresser ces trois aspects. À la suite d'un contrôle serré des dépenses, de 1986-1987 à 1989-1990, le ratio dépenses budgétaires/PIB a été réduit de 25,3 % en 1985-1986 à 22,0 % en 1989-1990 et le déficit budgétaire de 3,344 millions $ à 1,659 millions $. En plus, l'écart de fardeau fiscal entre le Québec et l'Ontario est passé de 10,5 % à 3,5 %.

Par contre, trois facteurs se sont conjugués pour détériorer la situation en 1990-1991 et 1991-1992 : la récession économique, la réduction des transferts fédéraux, les pressions sur les dépenses budgétaires dues à la récession économique et aux programmes prioritaires. Le déficit a donc été augmenté de façon conjoncturelle et l'importance des revenus prélevés par l'État a été majorée, l'écart de fardeau fiscal entre le Québec et l'Ontario augmentant à 7,5 % en 1991.

Actuellement, les contraintes d'une dette à 27,7 % du PIB, comparativement à 14,4 % en Ontario, impliquent de consacrer 17,4 % des revenus aux paiements d'intérêts. Enfin, les revenus de transferts fédéraux qui représentaient 28,9 % des revenus du Québec en 1983-1984, diminueront en 1993-1994 à 18 % des revenus. Déjà en 1991-1992, il s'agit d'un manque à gagner de 1,7 milliard $.

Par conséquent, pour éliminer la partie du déficit budgétaire reliée aux opérations courantes, l'augmentation des dépenses budgétaires devra être restreinte à l'IPC + 1 % plutôt qu'à l'IPC + 3 % comme c'est la tendance actuelle.

Les enjeux du financement des services sociaux et de santé

Limiter la croissance de l'ensemble des dépenses gouvernementales à l'IPC + 1 % impliquerait de réduire les dépenses autres que celles reliées à la santé et aux services sociaux à l'IPC - 1 % si ces dernières augmentent à l'IPC + 3 %.

Une croissance économique de 5,1 % par an dans les années 60 et de 3,8 % dans les années 70 a favorisé le développement des services. Elle a cependant été de 2,3 % dans les années 80. Pour les années 90, elle sera au mieux de 3 % si le Québec relève le défi de la concurrence. Il y a donc une incompatibilité entre l'évolution tendancielle des dépenses de santé et de services sociaux (IPC + 3,0 % ou plus), la croissance économique et l'augmentation maximale requise des dépenses gouvernementales (IPC + 1 %).

Il est dès lors évident d'une part, que la contribution des services sociaux et de santé est nécessaire à l'atteinte des objectifs économiques et budgétaires du gouvernement et d'autre part, que ces objectifs posent un défi majeur à la réalisation des objectifs fondamentaux du gouvernement dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Les modalités de financement

Le tarissement progressif des sources actuelles de financement des services publics de santé et sociaux soulève la question de l'absence de liens transparents, individuels ou collectifs, entre la consommation des services et leur financement, ce qui ne favorise pas une responsabilisation des acteurs, ni l'efficience du système sociosanitaire.

C'est à partir de cet état de situation que se dessinent les perspectives des dix prochaines années. Le défi qui s'annonce est, d'une part, d'adapter le système sociosanitaire pour qu'il réponde aux besoins les plus urgents et que l'évolution de ses coûts tienne compte à la fois de la richesse collective et de la situation financière gouvernementale et d'autre part, de réduire la proportion du financement à la charge de l'État tout en rétablissant des liens transparents entre les dépenses et leur financement.

CHAPITRE II

PERSPECTIVES
ET CONTRAINTES

Le second chapitre du document de consultation permet de s'interroger sur les grandes tendances et sur les contraintes qui affecteront le financement des services sociaux et de santé.

1. PERSPECTIVES

L'examen des grandes tendances anticipées est fait en regard de chacune des dimensions traitées dans la problématique, soit :

- **La détermination des dépenses globales.** Des pressions s'exerceront sur le système sociosanitaire et le rythme de croissance de ses dépenses risque de s'accélérer et de prendre une part grandissante de la richesse collective. On ne peut cependant prévoir l'ampleur et le rythme de cette accélération. Mais d'où proviendront ces pressions et quelles seront-elles?

  De l'offre de services : une augmentation des effectifs médicaux plus rapide que la population; des coûts inhérents à la mauvaise répartition des médecins et à l'insatisfaction des besoins en région; des coûts de rénovation du parc immobilier pour l'adapter à de nouvelles normes et de nouveaux besoins.

  De la demande de services : un vieillissement général de la population; un ralentissement de l'économie qui produit une augmentation des populations à risque (chômeurs, assistés sociaux, décrocheurs scolaires, etc.); la nécessité d'adaptation à une société en mutation sociale et économique créant des problèmes qui commandent de nouveaux services.

  Du développement technologique et du processus de dispensation des services : le développement de la technologie médicale qui permet d'améliorer l'efficacité des traitements et qui comble l'absence de traitement pour certaines maladies; de nouvelles approches telles la désinstitutionnalisation, la réinsertion sociale, etc., qui commandent toutes l'addition de ressources diversifiées.

- **L'allocation et l'utilisation des ressources.** Des changements dans la démographie, dans l'évolution de la société, dans les conditions de vie, dans l'économie, commanderont une évolution et une adaptation des services sociaux et de santé. L'incidence de certaines maladies demeure, alors que de nouvelles apparaissent. Les problèmes de société, jeunes en difficulté, alcoolisme et toxicomanie, les problèmes liés à l'intégration sociale, se manifestent davantage. Sans correctifs appropriés, il faut craindre une détérioration de la capacité du système à les résoudre et une accentuation des pressions indirectes sur les dépenses.

- **Le financement.** Selon une estimation du Ministère, le manque à gagner total qui résulterait du désengagement fédéral, pour financer les dépenses de santé et de services sociaux serait de 1 milliard $ en 1996-1997 si elles évoluaient au rythme actuel de l'IPC + 3 %. Ce manque à

pourvoir suppose déjà de nouvelles mesures de contrôle des dépenses et d'amélioration des performances. Pour compenser ce manque à pourvoir, la contribution des autres sources du fonds consolidé (excluant les contributions des employeurs et les transferts fédéraux) devrait augmenter au rythme annuel moyen de l'IPC + 6 %, soit deux fois plus rapidement que la croissance réelle du PIB. Ce manque à gagner atteindrait 2 milliards $ si les dépenses évoluaient au rythme de l'IPC + 3,5 % et si la contribution du fonds consolidé (incluant les transferts fédéraux et la contribution des employeurs) était limitée à l'IPC + 1 %. Il en découle que la gestion des dépenses et les sources actuelles de revenus ne seront pas suffisantes pour financer l'évolution du coût des services.

2. CONTRAINTES

Le redressement à entreprendre doit tenir compte d'un certain nombre de contraintes, qui limiteront la marge de manoeuvre du Ministère et du gouvernement :

- **Des contraintes légales et socio-économiques qui viennent restreindre les possibilités de rationalisation des dépenses.** Pour les services de santé soumis à la loi canadienne sur la santé, la pleine contribution du gouvernement fédéral est assujettie à l'obligation de satisfaire à certaines normes dont l'universalité, l'intégralité et l'accessibilité des services hospitaliers et médicaux. Pour les services de santé non soumis aux normes fédérales et pour les services sociaux, les dépenses sont nettement moindres, d'une part, et d'autre part, les usagers de ces services font souvent partie des clientèles démunies. Enfin une contribution financière est déjà exigée des usagers pour les services d'hébergement.

- **Des contraintes liées à la rémunération des médecins.** Le régime de rémunération des médecins ne garantit pas que l'évolution globale de la rémunération n'excède pas l'évolution des besoins.

- **Des contraintes liées aux établissements.** Certains établissements sont dans une situation financière précaire, ce qui limite les possibilités de leur imposer des contraintes financières nouvelles.

- **Des contraintes opérationnelles et administratives.** Des délais importants doivent être supportés avant de pouvoir véritablement réallouer ou réaffecter les ressources physiques et humaines en fonction de l'évolution des besoins.

- **Des contraintes d'économie politique.** Un désengagement de l'État au profit du secteur privé pourrait entraîner une augmentation des dépenses totales de santé excédant la capacité de payer des citoyens et affectant l'accessibilité des plus démunis. Un désengagement global de l'État étant exclu, il faut nécessairement s'orienter vers des services plus performants et moins coûteux.

CHAPITRE III

ORIENTATIONS, MESURES ET OPTIONS

1. UNE ADAPTATION GLOBALE, DES CHOIX PUBLICS SPÉCIFIQUES À COMPLÉTER

Ce chapitre porte sur les choix qui devront être faits pour résoudre le problème de la capacité de financement de l'État dans le secteur des services sociaux et de santé et sur leurs conséquences. Quatre orientations sont retenues par le Ministère dans l'identification des principales voies, mesures et options envisageables :

- infléchir en priorité la dynamique des dépenses de façon à ce que leur croissance n'excède pas, à tout le moins, l'évolution de la richesse collective et tienne compte de la capacité de payer des citoyens;

- adapter les services et réallouer les ressources en fonction des besoins prioritaires et en rendre l'utilisation plus efficiente et plus efficace, de manière à réduire les pressions internes sur les coûts;

- diversifier les sources de financement, réduire la part provenant des impôts généraux et des taxes et rétablir des liens transparents entre les dépenses et leur financement, tout en s'assurant que cette diversification ne fasse pas obstacle à l'accessibilité aux services pour les plus démunis;

- mieux concilier l'évolution des dépenses et du financement en révisant le cadre de gestion budgétaire et financière actuel. Cette question sera examinée de façon distincte au chapitre IV.

Les niveaux actuels relativement élevés de la richesse collective consacrée aux services sociaux et de santé, et les risques qui résulteraient d'une accélération des dépenses font que le Ministère préconise une attitude de prudence. Il propose d'abord que les ressources financières consacrées à ces services soient restreintes à un rythme qui tiendrait compte de l'évolution de la richesse collective et de la capacité financière de l'État. Aussi, des mesures doivent être prises relativement à la détermination des dépenses, à leur allocation, à leur utilisation ainsi qu'à leur financement.

2. MESURES PORTANT SUR LA DÉTERMINATION DES DÉPENSES : infléchir la dynamique à un rythme n'excédant pas l'évolution de la richesse collective et tenant compte de la capacité financière de l'État

Les mesures prévues afin de contrôler les dépenses globales au cours de la prochaine décennie proviennent, pour l'essentiel, de la Réforme et sont :

Le contrôle des salaires et des rémunérations : limiter l'évolution du coût global des salaires à un rythme non supérieur à l'IPC; améliorer la gestion du personnel cadre; fixer un budget global fermé pour la Régie de l'assurance-maladie (services médicaux); implanter la rémunération à honoraires fixes en centre hospitalier universitaire pour certaines catégories de médecins; interdire les «dessous de table» versés aux médecins par des établissements.

Le contrôle des prix : réviser la fixation des prix des médicaments assurés; rendre obligatoires les achats en commun par les établissements; mettre en place un mécanisme provincial d'achats pour des équipements ultra-spécialisés.

Le contrôle de l'offre de services : resserrer la croissance de la capacité institutionnelle et augmenter le taux de roulement des lits; développer des services non institutionnels; réduire l'évolution de la main-d'oeuvre médicale; contrôler l'implantation des technologies; revoir la gamme et l'étendue du panier des services assurés.

Le contrôle du volume des activités : pour les établissements, maintenir l'obligation de l'équilibre budgétaire; pour les médecins, exiger un rapport d'activités obligatoire pour ceux rémunérés à honoraires fixes, mettre en place éventuellement un fonds de compensation, ou une assurance-responsabilité financée par l'État, en vue de réduire la médecine défensive; pour les consommateurs, mieux contrôler l'admissibilité au régime d'assurance-maladie, implanter un service de consultation téléphonique, les informer sur le coût des services rendus.

Parmi ces différentes mesures, le Ministère attire l'attention sur celles qui porteront sur l'offre de services et sur la redéfinition des services assurés. En plus du processus systématique de révision périodique des services assurés, une redéfinition plus fondamentale des services couverts par le régime devra être entreprise. Les services de base et les services complémentaires seront redéfinis, et les principes de partage de leur financement seront révisés tel que décrit plus loin.

Les multiples mesures envisagées par le Ministère forment un ensemble complexe et il n'est pas possible d'en évaluer l'impact conjoint. Elles sont ambitieuses, elles portent sur un ensemble de facteurs déterminants sur la dynamique des dépenses et elles devraient au moins permettre de résoudre une première difficulté: des dépenses appelées à croître trop rapidement. Il n'est pas question cependant de ne pas répondre aux besoins croissants de la population.

3. MESURES PORTANT SUR L'ALLOCATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES : apporter des correctifs nécessaires afin de répondre efficacement aux problèmes avec les ressources disponibles

Les ajustements liés à l'allocation et à l'utilisation des ressources, en plus de faire davantage correspondre les services aux besoins et de s'assurer qu'ils sont utilisés adéquatement, permettent, indirectement, de ralentir le rythme d'évolution des dépenses en réduisant l'importance des pressions exercées sur le système. Pour réaliser ces ajustements :

L'accent sera mis sur les objectifs de résultats : une politique de santé et de bien-être énoncera des objectifs axés sur la réduction de problèmes et sur des clientèles spécifiques, privilégiera certaines stratégies et identifiera les moyens d'atteindre les objectifs.

La mission des établissements a été révisée pour atteindre une complémentarité accrue de leurs services.

L'allocation des ressources sera faite en fonction des besoins de la population et de la performance des producteurs : une budgétisation en fonction d'objectifs sociosanitaires sera mise en place; les enveloppes régionales seront allouées en fonction des caractéristiques de la population; la base budgétaire des établissements sera revue pour tenir compte de leur performance; les médecins soumettront un plan pour améliorer leur répartition.

L'utilisation de certains services sera favorisée : les consultations médicales seront canalisées vers les CLSC et les cabinets privés; la prévention sera priorisée.

4. MESURES PORTANT SUR LE FINANCEMENT : respecter la capacité financière de l'État et établir des liens transparents entre les dépenses et leur financement, tout en respectant les objectifs fondamentaux du gouvernement dans le secteur sociosanitaire

La question du respect de la capacité financière de l'État constitue un enjeu majeur de la consultation sur les coûts et le financement des services sociaux et de santé. Le manque à gagner estimé à 1 ou à 2 milliards $ d'ici cinq ans selon l'hypothèse utilisée, impliquera des choix majeurs. C'est pourquoi le Ministère propose deux objectifs stratégiques : réduire la part du financement provenant des impôts généraux, accroître la transparence des liens entre les dépenses de santé et de services sociaux et leur financement.

Ces objectifs financiers prioritaires devront trouver une conciliation acceptable avec les objectifs fondamentaux du gouvernement et du réseau, qui sont : 1) l'«accessibilité» des citoyens aux services que leur état requiert; 2) pour tous les citoyens du Québec (universalité) et 3) en tenant compte d'une équité de chances entre les personnes malades et non malades; de plus, bien que la question de la redistribution des revenus ne relève pas directement de ses responsabilités fondamentales, le Ministère accorde une grande importance à une équité du financement entre les citoyens avantagés et les citoyens moins bien nantis.

Pistes d'orientations et options envisageables concernant les services de base

Dans cette perspective de conciliation, il y aurait lieu d'abord de distinguer les services de base des services complémentaires. De façon générale, les services de santé de base incluraient les services médicaux, ainsi que les services diagnostiques et thérapeutiques en établissements. Les services complémentaires incluraient les programmes complémentaires actuels administrés par la RAMQ de même que les services de soutien offerts dans les établissements et qui ne sont pas liés directement à des

services diagnostiques ou thérapeutiques médicalement requis (ex. : repas, hôtellerie, ouverture de dossiers appartenant aux bénéficiaires). Concernant les services sociaux, la distinction entre les services de base et les services complémentaires exigerait des travaux supplémentaires détaillés.

Pour les services de base, deux grandes pistes d'orientation apparaissent envisageables. Une première piste d'orientation donne à la notion d'accessibilité un sens strict de consommation des services sans contribution financière directe, ce qui exclurait toute contribution des bénéficiaires, même symbolique, liée à leur consommation. Cette orientation est celle que le Ministère a, jusqu'à maintenant, privilégiée pour les services de base. Dans la seconde piste d'orientation, par contre, l'accessibilité «sans obstacle financier» n'aurait pas un sens absolu. Elle ne signifierait pas une accessibilité sans contribution des bénéficiaires au coût des services, mais elle exigerait que les contributions qui pourraient être demandées ne constituent pas un obstacle à leur accès aux services que requiert leur état de santé.

- **Première piste d'orientation : une responsabilisation collective, une mutualisation des risques**

  Cette piste continuerait à considérer le financement des services de base comme étant du ressort d'une responsabilité collective, mais les modalités de financement fiscal actuelles seraient révisées. Il n'existerait pas de lien individuel entre financement et consommation. Tous les particuliers et toutes les entreprises qui en bénéficient contribueraient à leur financement par leurs impôts et leurs taxes. Il est proposé toutefois, de rétablir un lien transparent entre les dépenses globales et les contributions globales des citoyens. Trois options sont possibles en vue d'actualiser cette notion «d'assurance-collective» :

  Une cotisation, identifiée à l'assurance sociosanitaire, sur le revenu des employés et des travailleurs autonomes qui, pour être significative, nécessiterait une réduction correspondante de l'impôt général. Elle pourrait consister en un pourcentage du salaire excédant un seuil, jusqu'à un maximum annuel.

  Un «impôt-santé» qui consisterait à identifier une partie de l'impôt comme dévolue exclusivement au financement des dépenses de services sociaux et de santé.

  Une assignation de la taxe de vente du Québec au financement des services de santé et des services sociaux.

  Avantages et désavantages : les avantages communs sont 1) un prélèvement du supplément de financement requis, de façon plus transparente, sans remettre en cause les objectifs fondamentaux du Ministère ni contrevenir à la loi canadienne sur la santé (C-3), 2) une correspondance plus grande aux désirs de la population de développer des formules de taxation spécifique, 3) la création d'un lien symbolique global entre la

personne assurée et le régime public d'assurances et une sensibilisation des usagers au coût global du régime.

Au titre des avantages spécifiques des options, la première est celle qui apparaît respecter le plus la capacité de payer de l'usager alors que la seconde s'approche plus d'une prime d'assurance. Quant à la troisième option, elle concerne la consommation plutôt que la production et ainsi concourt à l'objectif d'une fiscalité concurrentielle tout en tenant compte indirectement de la richesse du consommateur.

Cependant, les trois options ont comme inconvénients communs d'alourdir le fardeau fiscal et de ne pas rétablir de liens avec la consommation individuelle. Ces inconvénients, conjugués à l'impossibilité de solutionner le problème du financement par le seul recouvrement du coût des services complémentaires, amènent le Ministère à soumettre à la consultation l'examen des impacts d'une seconde piste.

- **Deuxième piste d'orientation : une contribution individuelle modeste reliée à la consommation, avec des mesures assurant l'accessibilité de tous les citoyens**

  Cette contribution favoriserait la responsabilité individuelle et ne constituerait pas une réorientation fondamentale car elle serait modeste. Même si la loi C-3 ne permet pas qu'il y ait une contribution des usagers, on peut se demander quelle pourrait être cette contribution advenant la levée de cette interdiction. Au départ, elle ne devrait pas s'appliquer aux citoyens désavantagés ni être importante afin de ne pas restreindre l'accessibilité. Elle devrait en plus tenir compte de la capacité de payer des usagers. Plusieurs possibilités se présentent pour cette piste :

  Une contribution pour les services hospitaliers de support et d'accompagnement : une contribution des usagers ne peut être liée au coût des services consommés en centre hospitalier sans compromettre l'accessibilité à ces services. Toutefois, l'hôtellerie, les repas à l'exception des diètes, et la gestion des dossiers ne constituent pas des services médicaux et une certaine contribution, basée sur une récupération totale ou partielle de leur coût réel, tenant compte de la capacité de payer par un crédit d'impôt remboursable, pourrait être envisagée.

  Une contribution pour les services médicaux : elle toucherait près de 80 % des citoyens (excluant les plus démunis) et pourrait s'appliquer sur un volume 28 millions de services consommés. Une franchise de 20 % du coût des services représenterait une contribution annuelle moyenne de 22 $ (37 $ pour les personnes de 65 ans et plus) et environ 5 $ par service consommé. Un crédit d'impôt remboursable pourrait tenir compte des citoyens économiquement défavorisés et de ceux devant consulter plus fréquemment.

  Un impôt-services généralisé aux services hospitaliers et médicaux : cette option consisterait à ajouter au revenu imposable, le coût des ser-

vices utilisés et à appliquer un taux progressif d'impôt tout en limitant le montant de l'impôt-services à un pourcentage du revenu imposable.

Les avantages et inconvénients : l'ensemble des options favorisent la responsabilité individuelle et l'efficience. En raison de leur coût modeste, de l'exclusion des plus démunis et de la prise en compte de la capacité de payer, elles ne nuiraient pas à l'accessibilité. Elles permettraient de compenser le manque à gagner et de minimiser les augmentations fiscales. L'impôt-services, quant à lui, permet de tenir compte de façon progressive du revenu et des services reçus. Bien qu'il apparaisse en principe préférable, il serait complexe tant pour les citoyens que pour l'État et il impliquerait des coûts élevés d'administration.

Comme il n'est pas possible, dans le contexte actuel de la loi C-3, de proposer des options autres que celles relatives à la première piste, l'orientation envisagée pour les services de base consisterait :

- à réaffirmer la prépondérance de la responsabilité collective à l'égard du financement des services de base et à établir un lien systématique entre les dépenses globales et les contributions globales des particuliers, en associant ces contributions à une prime d'assurance collective;

- à entreprendre une révision de la définition des services de base, afin notamment que certains services moins importants puissent être considérés comme services complémentaires, et faire l'objet d'une contribution financière des usagers.

Bien qu'un financement fiscalisé demeure approprié comme source principale de financement, le Ministère considère qu'en raison de la situation financière et fiscale actuelle, une contribution des usagers pourrait être envisagée après une révision de la loi C-3, afin de sensibiliser les bénéficiaires au coût des services consommés.

Orientations et options envisageables, services complémentaires

Les services complémentaires administrés par la RAMQ peuvent être sujets à une contribution de l'usager sans réduction des transferts fédéraux. Par ailleurs, une comparaison interprovinciale de ces services permet de constater que le Québec est relativement généreux à ce chapitre. Aussi, le Ministère propose-t-il comme orientations :

- d'établir un lien entre la consommation individuelle et la contribution financière, par une récupération totale ou partielle du coût des services consommés;

- d'exempter de contribution les personnes démunies et de tenir compte de la capacité de payer des usagers;

- d'inciter davantage les citoyens à la prévention et à l'utilisation responsable des services.

Les options disponibles sont :

Un impôt-services sur les programmes complémentaires : cette formule permet notamment de fixer une contribution adaptée au revenu, de prévoir des déductions applicables contre le revenu imposable pour exempter les personnes ayant un seuil de revenu correspondant à la prestation de la sécurité du revenu ou recevant le maximum du supplément du revenu garanti. Elle devrait inciter à la prévention. Elle apparaît cependant coûteuse (de l'ordre de 15 millions $) et complexe à administrer. De tels coûts seraient plus justifiables si la formule était étendue aux services de base, ce qui est peu probable tant que la loi C-3 n'est pas modifiée.

Une tarification des services pharmaceutiques, associée à un crédit d'impôt remboursable : il serait possible sans «désassurer» les médicaments pour les personnes âgées, leur coût annuel pouvant être élevé, d'appliquer une tarification fixe par ordonnance tout en exemptant les personnes les plus démunies. Un crédit d'impôt remboursable pourrait permettre de considérer la capacité de payer.

Une désassurance des services optométriques et des services dentaires curatifs, également associée à un crédit d'impôt remboursable : la désassurance des services dentaires pour les enfants ne devrait porter que sur les services curatifs dont les coûts peuvent être réduits par une hygiène buccale normale. Les services préventifs et l'examen annuel seraient maintenus. Par ailleurs, comme le coût moyen annuel de l'examen de la vision (32 $) représente une petite partie des coûts associés au port de verres correcteurs, les services optométriques pourraient être désassurés. Les désassurances pourraient être complétées par un crédit d'impôt remboursable et ne représenteraient donc pas un risque financier significatif pour les ménages québécois.

Avantages et désavantages de ces options : les mesures de tarification et de désassurance représenteraient une économie nette de l'ordre de 100 millions $. Les modalités proposées maintiendraient l'accessibilité et protégeraient les clientèles à faible revenu ou à forte consommation.

Des contributions portant sur d'autres programmes pourraient être envisagées. Des travaux supplémentaires seraient requis car il n'est pas possible, actuellement, de définir l'ensemble des services de base et complémentaires. Cette redéfinition représenterait un changement important susceptible de permettre une conciliation acceptable des objectifs fondamentaux poursuivis par le Ministère avec les impératifs qui résultent de la situation actuelle des finances publiques.

La démarche fédérale-provinciale du Ministère

En vertu de la Constitution canadienne, les affaires sociales et la santé relèvent de la compétence exclusive des provinces. Cependant, les gouvernements fédéral et provinciaux se sont engagés dans les années 60 à collaborer au développement et au maintien d'un système de santé

permettant d'assurer des services médicaux et hospitaliers comparables dans chaque province. Le gouvernement fédéral s'est alors engagé à compenser en partie les écarts de capacité fiscale des provinces en assumant environ la moitié des coûts des services précités. En contrepartie, les provinces assurent les services en respectant certaines normes.

Les interventions successives et unilatérales de l'administration fédérale dans le cadre du FPE, dont le renforcement, au cours des années 80, de la loi fédérale sur la santé (loi C-3) et le gel annoncé de la contribution par habitant, constituent des décisions majeures pour le financement des services de santé. Cette déresponsabilisation et ce désintéressement du fédéral apparaissent inacceptables en regard des engagements pris historiquement et surviennent à un moment où les pressions sur les systèmes de santé sont majeures. Elles sont incompatibles avec le maintien des exigences de la loi C-3 et elles sont injustes car elles ne tiennent pas compte de la capacité fiscale relative des provinces.

Le Ministère rendra désormais transparents ses efforts financiers dans la santé et les services sociaux et il améliorera son imputabilité à ce chapitre. Parallèlement, il réitère sa position sur la révision de la collaboration fédérale-provinciale selon les principes suivants :

Un relèvement des transferts fédéraux au Financement des programmes établis (FPE) : la collaboration fédérale-provinciale devrait être réaffirmée sur la base d'un réintéressement fédéral envers les objectifs communs poursuivis dans le secteur de la santé. La contribution fédérale au FPE devrait être basée sur des indicateurs économiques qui tiendraient compte de l'évolution des dépenses;

Une réduction des limites à l'exercice des responsabilités des provinces : il apparaît raisonnable de demander au gouvernement fédéral, à l'instar de tous les intervenants, de contribuer à la solution de l'impasse du financement en n'assortissant plus ses transferts de normes qui limitent le plein exercice par les provinces de leurs responsabilités, en particulier au chapitre du panier des services assurés et de l'accessibilité aux services.

5. CONCLUSION : des choix majeurs pour les intervenants et pour les citoyens

L'ampleur du manque à pourvoir, qui pourrait varier entre 1 et 2 milliards $ d'ici cinq ans, témoigne de la gravité du problème du financement des services sociaux et de santé et de la nécessité d'agir à la fois sur l'amélioration du contrôle des dépenses, sur l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité, sur la diversification des sources de financement ainsi que sur l'établissement de liens transparents entre la consommation et le financement. Le niveau et le rythme actuels de croissance des dépenses financées par le fonds consolidé du revenu devraient encore être réduits de façon substantielle pour respecter la politique budgétaire du gouvernement. Aussi, les citoyens du Québec devront faire des choix collectifs majeurs entre une révision fondamentale du panier des services, une augmentation importante du fardeau fiscal et l'introduction d'une tarification liée à la consommation. La présente commission parlementaire devra permettre au gouvernement de tenir compte des choix exprimés à cet égard par la population.

CHAPITRE IV

UN NOUVEAU CADRE INTÉGRÉ DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LE QUÉBEC

Ce dernier chapitre du document de consultation permet de constater la nécessité d'un nouveau cadre de régulation pour combler les lacunes du cadre actuel, qui limite les possibilités de calibrer et de canaliser les ressources disponibles en fonction des objectifs fondamentaux du gouvernement. Aussi, le Ministère propose-t-il de créer un «fonds général des services sociaux et de santé» comme cadre intégré de gestion permettant de concilier plus efficacement que le permet le cadre actuel, les dépenses avec l'évolution des besoins et avec les contraintes budgétaires et financières, de faciliter l'implantation des mesures de contrôle des dépenses et des mesures d'efficience et d'efficacité, et de favoriser l'acceptation de nouvelles sources de financement.

- **Un cadre intégré de régulation des dépenses et du financement**

  Ce fonds comptabiliserait d'une part les dépenses publiques de santé et de services sociaux et d'autre part, chaque source contribuant au financement des services. La contribution respective de chacune des sources serait donc départagée afin de rétablir la transparence, notamment celle des usagers, des employeurs, des citoyens co-assurés, du gouvernement fédéral et celle des contribuables (contribution du fonds consolidé).

  Le rôle fondamental du fonds consisterait à rendre visibles les équilibres financiers spécifiques du secteur des services sociaux et de santé, à mieux mesurer l'ampleur des déséquilibres et à mieux en identifier les sources. Pour le gouvernement, cela favoriserait la prise de décision sur les priorités dans ce secteur. En rendant plus évidents les impacts des décisions sur le coût des services sociaux et de santé et sur les finances publiques, ce fonds contribuerait à favoriser la responsabilisation collective à l'égard de la consommation, de la production et du financement des services concernés.

  Il convient ici de noter que la création d'un fonds distinct sans la réalisation des différentes mesures énoncées ne pourrait être considérée comme une solution au problème du financement actuel. En effet, l'ensemble des problèmes existants devra être corrigé si l'on veut concilier le mieux possible, dans l'avenir, l'évolution des dépenses, l'évolution du potentiel économique des citoyens et l'évolution de la situation financière du gouvernement.

  Des mécanismes d'imputabilité améliorés seraient mis en place. Le document de consultation propose la publication d'une annexe à la présentation des crédits et au discours sur le budget, laquelle présenterait les objectifs du fonds, l'état de situation du fonds et de ses équilibres financiers, les prévisions à long terme, l'annonce des mesures budgétaires, fiscales et contributives, et des mesures de rationalisation nécessaires.

- **Évaluation préliminaire de l'importance financière des mesures à adopter par un fonds général des services sociaux et de santé**

  Le déséquilibre annuel à compenser par le fonds pourrait varier de 200 millions $ à 400 millions $ par an selon les hypothèses retenues :

  - 200 millions $ par an si 1) les dépenses sont contraintes à l'IPC + 3 %, 2) la cotisation des employeurs suit un rythme naturel et la contribution fédérale au FPE suit le rythme annoncé, 3) le solde à pourvoir par le fonds consolidé augmentait au rythme du PIB (IPC + 3 %);

  - 400 millions $ par an si par ailleurs les dépenses évoluaient à l'IPC + 3,5 % et si le financement du fonds consolidé (incluant la contribution fédérale et celle des employeurs) était restreint à une augmentation correspondant à l'IPC + 1,0 %, ce que prévoit la politique budgétaire sur les dépenses.

  Les mesures à adopter par le fonds totaliseraient donc, sur cinq ans, de 1 à 2 milliards $ selon l'hypothèse qui s'appliquera.

L'ampleur du manque à pourvoir témoigne de l'urgente nécessité de mettre en place, le plus rapidement possible, un ensemble de mesures pour améliorer le contrôle des dépenses, l'efficience et l'efficacité, et pour diversifier les sources de financement. Face à l'importance grandissante de cette impasse financière, des choix collectifs majeurs s'imposent entre une révision fondamentale du panier des services sociaux et de santé (désassurance totale ou partielle de certains services), une augmentation importante du fardeau fiscal et une tarification liée à la consommation.

Par la présente commission parlementaire, le Ministère invite les citoyens à lui proposer des moyens acceptables et réalistes de réduire le niveau et l'évolution actuels des dépenses, et à lui faire part des choix qu'ils devront assumer.

UN DÉFI EXIGEANT ET STIMULANT, AU COEUR DE LA VIE DU QUÉBEC

Le Ministère vient de présenter son diagnostic de la problématique des dépenses et du financement du secteur des services sociaux et de santé du Québec, ainsi que les principales voies d'orientation et les principales options de mesures, avec leurs conséquences, qui lui semblent susceptibles de rétablir la bonne santé financière de ce secteur. Les problèmes sont nombreux, importants et complexes. Ils doivent être solutionnés sans attendre. Mais les probabilités de rétablissement apparaissent bonnes, si les traitements nécessaires sont appliqués. Le Ministère sollicite maintenant les avis et des éléments de solution que pourraient lui proposer les citoyens les plus impliqués dans l'objectif commun que nous devons tous poursuivre : améliorer la condition générale de santé et de bien-être des Québécois et des Québécoises à l'intérieur des ressources limitées disponibles. Les propositions attendues devront viser à la fois à réduire le niveau actuel des dépenses, à ralentir leur rythme de croissance et à modifier les principes et les modalités de leur financement.

Le système des services sociaux et de santé du Québec, à l'instar de l'ensemble de la société, est en transition et amorce une importante réforme. Un réaménagement important s'impose aussi dans le financement de ce système. Cette réforme et ce réaménagement représenteront un défi exigeant pour les intervenants et pour l'ensemble des citoyens au cours des prochaines années. Mais ils représenteront également un défi fort stimulant.

Le système sociosanitaire est en effet au coeur de la vie sociale et économique du Québec, et il représente, pour tous les Québécois et les Québécoises, des avantages exceptionnels. Il couvre notamment des besoins majeurs de sécurité économique et de bien-être individuel des citoyens-consommateurs; il maintient la valeur du capital humain de la main-d'oeuvre du citoyen-entrepreneur, et offre à une main-d'oeuvre spécialisée des perspectives de carrière parmi les plus intéressantes et relativement bien rémunérées dans un secteur à haute technologie; pour les proches et la famille, il assume une partie importante de la prise en charge des malades et des personnes âgées en perte d'autonomie, les délivrant des tâches les plus exigeantes reliées à leurs responsabilités; il constitue également un recours pour les citoyens en situation de détresse.

Nous avons tous intérêt à ce que le système des services sociaux et de santé du Québec soit maintenu. Nous détenons tous également une partie de la solution aux problèmes actuels de ses coûts et de son financement. Aussi, nous devons tous maintenant prendre nos responsabilités afin de préserver l'accessibilité pour tous les citoyens à des avantages aussi importants pour la sécurité et pour le développement des individus et de la société du Québec.

QUÉBEC'S HEALTH AND SOCIAL SERVICES

EQUITABLE FUNDING

LIVING WITHIN OUR MEANS

SUMMARY OF THE DISCUSSION PAPER

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Legal Deposit
Bibliothèque nationale du Québec
4th Quarter 1991

FOREWORD

Last August 28, the National Assembly adopted Draft Bill 120, the *Act respecting health and social services and modifying various legislative provisions.* This law marked a decisive step for the future of health and social services in Québec.

In the light of the document published on December 7, 1990, "A Reform Centred on the Citizen", the Act redefined the rights and responsibilities, roles and functions of the main caregivers in a system that is at the service of citizens. The new legislation also reorganized the various rules and guidelines that henceforth will govern the planning, organization and management of the human, material and financial services that citizens will make available through taxes, duties, and other financial contributions.

As part of the continuing implementation of the reform, a second major step must now be taken. The time has come to decide together what resources and funding framework will be the most appropriate for maintaining a public system of health and social services in Québec.

In the new economic and financial context of a changing Québec, will Québec taxpayers have the means to pay the $12 billion that health and social services are currently costing, and to support the rate at which these costs are increasing? Will the Québec government, out of its consolidated revenue fund, be able to continue compensating indefinitely for the drying up of federal transfer payments for funding the health system, either by improving performance in this sector or by increasing the debt load of future generations?

Can we, in effect, risk compromising the economic future of our young people by leaving them the legacy of a national debt that will be difficult to assume and a tax system that is not competitive, thereby reducing their financial capacity to benefit, as we have, from the accessibility of health, social and other public services? They will need these services just as much as we do in order to flourish in the harsh global economic context that will be their lot. We may be sure of that.

The funding of health and social services clearly presents major problems that cannot be dissociated from the problems of Québec's public finances and the Québec economy, problems whose solution cannot be postponed very much longer. These problems affect or will affect all strata of our society. It is time for a cooperative effort to solve them.

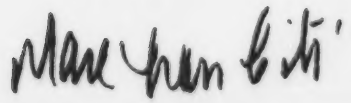
To clarify the process of choosing, as a society, the most appropriate solutions, solutions that will shape the funding of health and social services in the 21st century, the MSSS is presenting its diagnosis, together with some reflections and some suggestions for solutions which it considers possible. Some of these policies and measures have already been decided on as part of the reform of health and social services, and others are presented for discussion purposes. I would also like to extend an invitation to all interested parties to propose other possible, realistic options. All such proposals will be studied

with one objective in mind: finding effective solutions to the problem of the cost and public funding of health and social services in Québec in a way consistent with the best interests of all Quebecers.

The Ministère de la Santé et des Services sociaux is determined to conduct the impending discussions on the role of the citizen in the same spirit adopted in the reform. The MSSS is concerned not only with the direct dispensation of services to citizens as consumers, as decision-makers, and as payers, but also with the improvement of the conditions that are determining factors in the health and well-being of all citizens, tomorrow's as well as today's. Although the citizens of the future are absent from the forum where decisions are made, it is the responsibility of the government and of Québec society as a whole to place the legitimate rights and interests of our children, our future citizens, at the centre of the deliberations on our current decisions, on the same footing as the rights and interests of our contemporaries.

Let us not lose sight of the central objective of this reflection on the funding of health and social services: to guarantee all citizens of Québec, present and future, rich and poor, an equal chance to improve their health and well-being, equal access to available health and social services, and an individual contribution to funding the services they use which takes into account their respective ability to pay; and to ensure present and future citizens an overall contribution to funding that properly reflects the overall value of the services they use, without exceeding it.

The Minister



MARC-YVAN COTÉ

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION 1

CHAPTER I
ISSUES
MAJOR QUESTIONS,
CATEGORIES OF PROBLEMS 3

1. **DETERMINATION OF OVERALL EXPENDITURES** 5

2. **ALLOCATION AND USE OF RESOURCES** 7

3. **FINANCING EXPENDITURES** 7

   The problem of public finances 8

   The issues involved in funding of health and social services 8

   Funding methods 9

CHAPTER II
PROSPECTS AND CONSTRAINTS 11

1. **PROSPECTS** 13

2. **CONSTRAINTS** 14

CHAPTER III
POLICIES, MEASURES, AND OPTIONS 15

1. **GENERAL ADAPTATION AND SPECIFIC PUBLIC CHOICES TO BE MADE** 17

2. **MEASURES WITH A BEARING ON THE DETERMINATION OF EXPENDITURES: keeping costs from outstripping collective wealth and taking into account the government's ability to pay** 17

3. **MEASURES WITH A BEARING ON THE ALLOCATION AND USE OF RESOURCES: responding effectively to problems through the use of available resources providing corrective measures to deal efficiently with problems** 18

4. **MEASURES WITH A BEARING ON FINANCING: respecting the ability of the government to pay and establishing clear relationships between expenditures and their funding, while respecting the basic objectives of the MSSS** 19

   Possible policies and options for basic services 19

   Possible policies and options for auxiliary services 22

   Federal-provincial strategy of the MSSS 23

5. CONCLUSION: major choices for caregivers and citizens 24

CHAPTER IV
A NEW INTEGRATED REGULATORY FRAMEWORK
FOR EXPENDITURES AND FUNDING OF HEALTH
AND SOCIAL SERVICES IN QUÉBEC 25

An integrated framework for regulating
expenditures and financing 27

A preliminary estimate of the scope of measures
to be taken by a general health and social services fund 28

CONCLUSION
A DIFFICULT AND EXCITING CHALLENGE
AT THE HEART OF QUÉBEC LIFE 29

INTRODUCTION

This document is a summary of the discussion paper entitled *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, published by the MSSS. To initiate debate on the cost and funding of Québec's health and social services, the discussion paper proposes the following approach:

- start from the basis of a thorough diagnosis of the real economic and financial problems in the health and social services sector;
- bear in mind the policies and measures already provided for to mitigate the problem of funding;
- examine the advantages and disadvantages of various options that would make it possible to make up the shortfall, while considering the basic objectives of the MSSS and the policies it encourages;
- ask the members of our society to express their preferences and to propose other realistic means that could be more advantageous.

The first chapter presents the issue of costs and funding, drawing a distinction between the problems of determining expenditures, allocating resources, and providing funding.

The second chapter presents foreseeable prospects regarding the cost and funding of health and social services.

The third chapter identifies policies that have a bearing on the control of costs and the diversification of sources of funding. These policies concern all citizens of Québec, both as co-insured in a public health and social services system and as users who must provide the funding for the services they use.

The fourth chapter suggests the creation of a general health and social services fund for the purpose of improving the existing regulation process and coordinating the rate at which expenditures are increasing with the government's and citizens' ability to pay.

The discussion paper includes five appendices. One appendix presents the advantages and disadvantages that would result from instituting a user fee. Another discusses the definition of insured services, making a distinction between the "basket" of insured services and its administration in the context of its current operational definition. In addition, certain measures that could result in a redefinition of the basket of insured services are presented.

CHAPTER 1

ISSUES

MAJOR QUESTIONS,

CATEGORIES OF PROBLEMS

The discussion paper is concerned with an evaluation of the amount of expenditures and their rate of growth with regard to the collective wealth of Québec, with the allocation and use of resources that fall under health and social services, and with their financing by the public sector, in the light of the government's current budgetary context.

1. DETERMINATION OF OVERALL EXPENDITURES

What should the total amount of resources devoted to health and social services in Québec be, and at what rate should this amount increase, given the collective wealth? No standards are available to answer this question. We can, however, base our assessment on comparisons with other provinces and countries. At the same time, we must remember that the health and well-being of a society do not depend solely on the amount of resources devoted to health and social services; they also depend on social, economic, environmental, educational and cultural factors.

A comparison of health expenditures reveals the following facts:

- **The share of Québec's collective wealth devoted to total health expenditures can be explained by the characteristics of the system and is higher than the average for most other industrialized nations.** Certain international studies have shown that the richer a country is, the more resources it devotes to health and social services. Québec is no exception to the rule. However, this share (9% of the GDP) is higher than in most industrialized countries, and the greatest caution is indicated with regard to its future development. It is close to the Canadian average (8.7% of the GDP) and is higher than the average in Ontario (8.2% of the GDP), which is Québec's main trading partner within Canada.

  Moreover, public expenditures per capita in Québec in 1987 were only 5.4% lower than in Ontario, while the collective wealth per capita was 18.6% lower. The result was a higher proportion of the collective wealth devoted to public health expenses in Québec (6.9%) than in Ontario (5.9%).

  From the internal perspective of the health sector, the characteristics of the Canadian health and social services system and the North American context both seem to be important factors in determining the proportion of the collective wealth spent on health services.

- **Total expenditures per capita for health are higher than in the other industrialized countries, with the exception of the United States.** Note that in 1987, however, this amount was 6.1% lower than in the other provinces and 12.9% lower than in Ontario.

- **The annual average increase in public spending for health in Québec from 1981 to 1987 (CPI + 2.7%) is lower than the increase in Canada as a whole (CPI + 3.5%) and represents the second best performance among the provinces.** This can be attributed in particular to the efforts

made since 1980 to control physicians' fees and the salaries of the staff of hospitals and other institutions. Moreover, the health and social services credits granted by the Québec government increased by 7.6% between 1983-1984 and 1990-1991, while the GDP increased by 8%. In 1990-1991 and 1991-1992, however, the increase in credits exceeded the growth of the GDP by 6.1 and 7.9 percentage points. This can be explained by the simultaneous effects of the recession on the GDP and on expenditures, and by the salary equalization increase granted during that period.

- **The proportion of public spending out of total health expenditures in Québec in 1987 (77.1%) is comparable to the proportion in other countries, is slightly higher than in Canada as a whole (74.8%), and is noticeably higher than in Ontario (70.9%).** In Québec, however, a tendency for this proportion to decrease can be observed between 1984 (80.1%) and 1987 (77.1%).

- **Material resources (beds, technical equipment) and human resources are comparable to what exists in the other provinces in quantity and quality.** In 1990, there were 3.42 beds for short-term medical patients per 1000 inhabitants, compared with a similar 3.44 in Ontario and 3.78 in Canada as a whole. The number of beds for short-term psychiatric patients (0.55 per 1000 inhabitants) was higher in Québec: 83.3% higher than in Ontario (0.30) and 48.6% higher than the Canadian average (0.37).

  Moreover, 6.9% of persons aged 65 and over in Québec live in institutions, while the percentage is 5% in Great Britain and France.

  The availability of human resources also seems adequate. As of December 31, 1988, Québec ranked second in Canada in availability of physicians. Moreover, Québec provides for 8.8% more paid hours per patient-day in general public hospitals than Ontario and 8.6% more than the Canadian average.

  Incomplete data indicates that in general, Québec has not fallen behind in its high-tech equipment in comparison with Ontario and the rest of Canada.

  Current resources are comparable and sufficient. That does not necessarily mean that their allocation is always adequate, that their use is efficient, or that their funding sources have remained appropriate.

The share of expenses related to health and social services represents a relatively high percentage of the GDP, and if these expenditures increase at a rate higher than the growth of the GDP and the government's ability to pay, Québec's economy and competitiveness may be affected.

Should we go on investing and concentrating all our new resources in services, while a number of the problems we face are dependent on socioeconomic conditions, life style and behaviour? Currently, the room to manoeuvre required by the government in order to retarget their funding

is, for the most part, absorbed by health and social services expenditures; moreover, the current level and rate of increase of these expenditures are incompatible with the situation of Québec's public finances.

2. ALLOCATION AND USE OF RESOURCES

Can we say that we really "get our money's worth" with regard to the $12 billion in public spending for health and social services and that these funds are allocated perfectly and used appropriately? The task of developing the reform has brought to light three important points related to the allocation of resources.

- **There are deficiencies in the effectiveness of the allocation.** It is not certain that the resources allocated actually contribute to solving the most pressing problems, since the current budgeting procedure does not ask how the problems are reduced with the means used.

- **There must be a review of interregional allocations.** The problem of a fair geographical distribution of medical services is already well-known. Moreover, the "uniform indexations" used for renewal of institutional budgets make it difficult to take into account any changes in clientele and needs that have occurred in the course of time. This accentuates the problem of equity between regions.

- **Allocation methods do not always encourage efficient use of resources.** Some ad hoc allocation methods such as assignment of the envelope of health system costs, as well as certain operations intended to erase deficits, do not take into consideration the performance of the institutions, and so provide no motivation to be efficient.

With regard to the use of resources, not enough information is available to allow us to state that there is abuse of health and social services. Comparisons with Ontario suggest that the situation in Québec overall shows no pattern of abuse of health and social services resources by users. Certain inconveniences associated with the use of services may contribute to restraining demand, while free access may increase unnecessary use. In the opinion of the MSSS, this problem mainly consists of particular types of consumption, such as medication for the elderly, and the use of outpatient services in hospitals. It can also be observed that some people do not seek help at the proper time and others have life styles that are harmful to their health, leading to additional costs. All in all, the question of allocation and inappropriate use of certain resources is related to fine-tuning of expenditures rather than to their overall cost.

3. FINANCING EXPENDITURES

Reduction in public spending for health and social services represents a strategic issue for public finances and a major challenge to the pursuit of the MSSS's basic objectives. Expenditures for health and social services are 93.3% funded out of the consolidated revenue fund and they represent

nearly a third of the government's budget expenses. Between 1983-1984 and 1990-1991, they increased at the rate of the CPI + 3.2%, or 1.6 percentage points over other government expenses. It is thus impossible to ignore the overall financial situation of the government in a discussion of the funding of health and social services.

The problem of public finances

In 1986, the Minister of Finance called attention to three major points affecting Québec's public finances:

- a large accumulated debt which requires an increasing portion of the government's resources to service;
- public spending that was too high in comparison with the ability to pay;
- a tax burden much larger than in Ontario.

The government therefore adopted a policy of correcting these three aspects. As a result of tight control over expenditures between 1986-1987 and 1989-1990, the ratio of budget expenses to gross domestic product decreased from 25.3% in 1985-1986 to 22% in 1989-1990, and the budget deficit from $3,344,000,000 to $1,659,000,000. Moreover, the difference between the tax burden in Québec and Ontario dropped from 10.5% to 3.5%.

However, three factors contributed to cause the situation to deteriorate in 1990-1991 and 1991-1992: the economic recession, the reduction in federal transfer payments, and pressures on budget expenses due to the recession and high priority programs. The deficit increased as a result of the necessity to deal with the current economic situation and the amounts collected by the government went up, causing the difference between taxes in Québec and Ontario to increase to 7.5% in 1991.

Currently, the constraints of a debt that amounts to 27.7% of the GDP, as compared with 14.4% in Ontario, require devoting 17.4% of revenues to interest payments. And revenues from federal transfer payments, which represented 28.9% of Québec's revenues in 1983-1984, will drop to 18% in 1993-1994. In 1991-1992, there was already a drop in revenues of $1.7 billion.

As a result, to eliminate the part of the budget deficit related to current operations, the increase in budget expenses should be limited to CPI + 1%, rather than CPI + 3%, which is the current tendency.

The issues involved in funding health and social services

If expenditures for health and social services increased at the rate of three percent over the consumer price index, limiting the increase in overall government spending to one percent over the CPI would involve reducing expenditures for everything other than health and social services to one percent under the consumer price index.

Economic growth of 5.1% in the 1960s and 3.8% in the 1970s encouraged the development of services. It fell to 2.3% in the 1980s, however. In the 1990s, it will be at least 3% if Québec can meet the challenge of competition. There is a basic incompatibility between the way health and social services expenditures are tending to increase (CPI + 3% or more) and the maximum increase that the government must observe (CPI + 1%).

It is clear that the contribution of health and social services is necessary for attaining the economic and budgetary objectives of the government, and also that these objectives pose a major challenge to the implementation of the government's basic objectives in the health and social services sector.

Funding methods

The gradual drying up of current sources of funding for health and social services raises the question of the absence of clear connections, both on the individual and the collective level, between the consumption of services and their funding. This lack of transparency does not encourage either the assumption of responsibility by the participants or the efficiency of the health and social services system.

This situation underlies the prospects for the next ten years. The double challenge to be faced is to adapt the health and social services system to respond to the most urgent needs while ensuring that any increase in its costs take into account the collective wealth and the government's financial situation, and to reduce the proportion of the funding assumed by the government while reestablishing clear relationships between the expenditures and their funding.

CHAPTER II

PROSPECTS

AND CONSTRAINTS

The second chapter of the discussion paper raises the question of the major trends and the constraints that will affect the funding of health and social services.

1. PROSPECTS

An examination of the major trends anticipated includes each of the factors brought up in the discussion of the issues.

- **Determination of overall expenditures.** Pressures will be brought to bear on the health and social services system, and the rate at which its expenses are increasing is in danger of accelerating and taking up a larger share of the collective wealth. The extent and rate of this acceleration cannot be predicted. But the source and nature of the pressures must be examined.

  - **Supply of services.** A more rapid increase in medical staff than in population; costs inherent in poor distribution of physicians and failure to satisfy regional needs; costs of renovating the stock of buildings to adapt it to new standards and needs.

  - **Demand for services.** The overall aging of the population; a slowdown in the economy, resulting in an increase in segments of the population at risk (the unemployed, welfare recipients, school dropouts, etc.); the need to adapt to a society undergoing social and economic changes, thereby creating problems that demand new services.

  - **Technological development and the process of dispensing services.** The development of medical technology that makes it possible to improve the effectiveness of treatment and that makes up for the absence of treatment in the case of certain illnesses; new approaches, such as deinstitutionalization and social reintegration, which require the addition of diversified resources.

- **Allocation and use of resources.** Demographic changes, changes in society and living conditions, and changes in the economy all require development and adaptation of health and social services. The incidence of certain illnesses remains whiie new ones are appearing. Society's problems, young people in difficulty, alcoholism and drug abuse, and problems of social adaptation are on the increase. Without appropriate corrective measures, a deterioration in the system's ability to solve these problems is to be feared, as well as an increase in indirect pressures on expenditures.

- **Funding.** According to MSSS estimates, the total drop in revenues that would result from the federal government's backing down on its commitment to finance expenditures for health and social services would amount to $1 billion in 1996-1997 if these expenditures increased at the current rate of three percent over the consumer price index. This deficit already presupposes new measures to control expenditures and improve performance. To compensate for this deficit, the contribution

from other consolidated fund sources (excluding employer contributions and federal transfer payments) should increase at an average yearly rate of CPI + 6%, or twice as fast as the real growth in the gross domestic product. This deficit will reach $2 billion if expenses increase at the rate of CPI + 3.5% and if the residual contribution from the consolidated revenue fund (including federal transfer payments and employer contributions) remains limited to CPI + 1%. The result is that management of expenditures and current sources of revenue will not be sufficient to finance the increase in the cost of services.

2. CONSTRAINTS

The recovery to be undertaken must take into account a certain number of constraints that will limit the room to manoeuvre of the MSSS and the government as a whole.

- **Legal and socioeconomic constraints that will restrict the possibility of rationalizing expenditures.** For health services that fall under Canadian health legislation, the entire contribution of the federal government depends on the provinces' satisfying certain standards, including universality, comprehensiveness and accessibility of hospital and medical services. For health services not subject to federal standards and for social services, expenditures are significantly smaller, and the users of such services are often from disadvantaged segments of society. Moreover, users of institutional accommodation are already paying a contribution.

- **Constraints related to remunerating doctors.** The system of remunerating doctors does not guarantee that the overall increase in fees does not outstrip developing needs.

- **Constraints related to institutions.** Some institutions are in a precarious financial situation, which limits any possibility of imposing new financial limitations on them.

- **Operational and administrative constraints.** There will be major delays before it is actually possible to reallocate or reassign material and human resources according to changing needs.

- **Constraints of political economy.** The government's renouncing its commitment and handing responsibility over to the private sector could cause an increase in total health expenditures that would exceed the citizens' capacity to pay and would affect the accessibility of services for the most disadvantaged. Since an overall abdication of its commitment by the government is not a possibility, a redirection toward more productive, less costly services is necessary.

CHAPTER III

POLICIES, MEASURES AND OPTIONS

1. GENERAL ADAPTATION AND SPECIFIC PUBLIC CHOICES TO BE MADE

This chapter deals with the choices that must be made to solve the problem of the government's financing capacity in the health and social services sector, and with the consequences of these choices. The MSSS is advocating four general principles in the identification of the principal means, measures and options available:

- adapting the public expenditure process so that the rate at which costs increase does not exceed the growth of the collective wealth and takes into account citizens' ability to pay;

- adapting services and reallocating resources according to the most urgent needs, and using them more effectively and efficiently in order to reduce pressure on costs from within the system;

- diversifying sources of funding, reducing the portion coming out of income tax and other general taxes and reestablishing clear connections between expenditures and their funding, while ensuring that this diversification does not create any obstacles to the accessibility of services for the most disadvantaged.

- reconciling increased expenses and their funding by revising the framework of current budget and financial management. This question will be examined separately in chapter IV.

The relatively high proportion of the collective wealth devoted to health and social services, and the dangers that would result from an acceleration of expenditures, cause the MSSS to advocate caution. It proposes initially that the financial resources allocated to these services be restricted to a rate that takes into account changes in the collective wealth and the financial capacity of the government. Measures must also be taken with regard to determining, allocating, funding and using expenditures.

2. MEASURES WITH A BEARING ON THE DETERMINATION OF EXPENDITURES: keeping costs from outstripping collective wealth and taking into account the government's ability to pay

Measures to control overall expenses during the next decade come essentially from the reform; they are:

Control of salaries and fees: limiting the increase in the overall cost of salaried workers to a rate that does not exceed the consumer price index, improving the administration of management staff; setting a closed overall budget for the Régie de l'assurance-maladie (medical services); implementing remuneration by fixed fees in university hospitals for certain categories of physicians; prohibiting the "under-the-table" fees paid to doctors by institutions.

Control of prices: revising the price setting of insured medication; requiring institutions to make purchases jointly; setting up a provincial mechanism for purchasing ultraspecialized equipment.

Control of supply of services: limiting the growth of institutional capacity and increasing the rate of turnover of beds; developing non-institutional services; reducing increases in medical manpower; controlling implantation of new technologies; reviewing the range and basket of insured services.

Control of the volume of activity: for institutions, maintaining the obligation to balance the budget; for doctors, requiring an obligatory activity report for doctors paid by fixed fees, and eventually setting up a compensation fund or liability insurance financed by the government in order to reduce the practice of defensive medicine; for users, controlling eligibility for the health insurance plan better, setting up a telephone consultation service, and informing them of the cost of services rendered.

Among the various measures, the MSSS emphasizes those that have a bearing on the supply of services and on the redefinition of insured services. In addition to the systematic process of periodic revision of insured services, a more fundamental redefinition of services covered by the system must be undertaken. Basic and auxiliary services will be redefined, and the principle of sharing in their funding will be revised, as described later in this document.

The many different measures envisaged by the MSSS form a complex whole, and it is impossible to evaluate their joint effect. They are ambitious, they deal with a whole set of factors that have a decisive effect on the way expenditures are made, and they should at least make it possible to resolve an initial difficulty: the pressure on expenditures to increase too fast. It goes without saying that we will continue to meet the growing needs of the population.

3. MEASURES WITH A BEARING ON THE ALLOCATION AND USE OF RESOURCES: responding effectively to problems through the use of available resources providing corrective measures to deal efficiently with problems

Modificationss related to allocation and use of resources, besides making services correspond more closely to needs and ensuring that they are used properly, will indirectly make it possible to slow down the rate of increase of expenditures by reducing the scale of the pressures on the system. To implement these modifications:

Result-oriented objectives will be emphasized: a health and welfare policy will set forth objectives centred on the reduction of problems and on specific clienteles, will encourage certain strategies, and will identify the means of achieving the objectives.

The mission of the institutions has been revised to achieve increased complementarity of their services.

Allocation of resources will be made in accordance with the needs of the population and the performance of the service providers: budgeting according to health and social objectives will be set up; regional envelopes will be allocated according to the characteristics of the population; the budgetary base of institutions will be reviewed to take their performance into account; doctors will submit a plan to improve their distribution.

Use of certain services will be encouraged: medical visits will be channelled to CLSCs and private offices; prevention will be stressed.

4. MEASURES WITH A BEARING ON FINANCING: respecting the ability of the government to pay and establishing clear relationships between expenditures and their funding, while respecting the basic objectives of the MSSS

The question of respecting the government's financial capacity constitutes a major issue in the discussion of the costs and funding of health and social services. The estimated deficit of $1 or $2 billion (depending on the assumptions used) five years from now implies making serious choices. For this reason, the MSSS is proposing two strategic objectives: reducing the share of financing of these services which comes out of general taxes, and making a clear connection between the expenses for health and social services and their funding.

These high-priority objectives must be reconciled in an acceptable way with the basic objectives of the public health and social services system, which are: (1) ensuring the accessibility of services to the different socioeconomic groups; (2) maintaining the universality of services for all citizens of Québec; and (3) taking into account the equity of the chances of a person being sick or remaining healthy; moreover, although the MSSS is not directly responsible for revenue redistribution, it considers equity in financing between the wealthier and poor segments of the population to be of great importance.

Possible policies and options for basic services

Reconciling financing policies with the basic objectives of the MSSS requires that a distinction be made between basic services and auxiliary services. In general, the basic services would include medical services as well as diagnostic and therapeutic services in hospitals and other institutions. Auxiliary services would include those currently administered by RAMQ (Régie de l'assurance-maladie du Québec), together with support services which are offered in hospitals and other institutions and which are not directly connected to medically required diagnostic or therapeutic services (for example meals, guest quarters, opening of the beneficiary file). With regard to social services, more detailed work would be required to establish the distinction between basic and auxiliary services.

For basic services, two major policies are proposed. The first would give the concept of accessibility a strict interpretation of use of services without direct financial contribution; this would exclude any contribution by the beneficiaries, even a symbolic one, for their use of the services. This policy is the one that the MSSS until now has favoured for basic services. According to the second policy, accessibility "without financial obstacle" would not have an absolute meaning. It would not mean accessibility without contribution by the beneficiaries, but it would stipulate that the contributions that might be asked must not constitute an obstacle to access to services that they require.

- **First policy: collective responsibility and shared risk**

  This policy would continue to consider that funding of basic services falls under collective responsibility, but would revise the current means of funding through taxes. There would be no individual connection between funding of basic services and their use. All individuals and companies that benefit would contribute to funding these services through the taxes they pay. It is proposed, however, that a clear connection between overall expenditures and the overall contributions of the citizens be reestablished. Three options are possible for implementing this concept of "collective insurance":

  A contribution, identified as being for health and social services insurance, out of the income of employees and self-employed workers which, to be significant, would necessitate a corresponding reduction in general income tax. It could consist of a percentage of any salary over a specific limit, up to an annual maximum.

  A "health income tax", which would consist in identifying part of the income tax to be devoted exclusively to health and social services expenses.

  Allocation of the Québec sales tax to funding health and social services.

  Advantages and disadvantages: advantages the options have in common are: (1) a deduction at source of the required funding supplement, in a more transparent way, without compromising the fundamental objectives of the MSSS or violating the Canada Health Act; (2) a greater correspondence between the wish of the population to develop specific taxation formulas; and (3) creation of a symbolic link between the insured and the public insurance plan, and increased awareness of users regarding the overall cost of the plan.

  Specific advantages of the individual options are that the first option gives the most consideration to the ability of the user to pay, while the second is closer to an insurance premium. The third option has the advantage of being related to consumption rather than provision of services, and is thus in line with the objective of keeping taxation competitive, while indirectly taking into consideration the financial situation of the user.

The three options have a common disadvantage: they increase the burden on Québec taxpayers, and they do not reestablish the connection with individual consumption. These disadvantages, combined with the impossibility of solving the problem of funding simply by recovering the cost of auxiliary services, have led the MSSS to ask for consultation on the impact of a second policy.

- **Second policy: a modest individual user fee based on use of basic services, combined with measures to ensure accessibility to all citizens**

  This contribution would encourage individual responsibility and would not involve a basic reorientation, since the amount would be so small. While Bill C-3 prohibits direct user fees, we can still conjecture what such a fee might consist of if the prohibition were lifted. First, it should not apply to disadvantaged citizens; in order not to restrict access, it could not be large; and it should take into consideration the individual user's ability to pay. There are several possibilities for implementation of this policy.

  A contribution for hospital support and companioning services: a user contribution cannot be linked to the cost of services used in hospital without compromising the accessibility of these services. However, guest quarters, meals (with the exception of special diets) and file management do not constitute medical services, and some contribution could be envisaged, based on recovery of their real cost in part or in whole, and taking the ability to pay into account by means of a refundable tax credit.

  A fee for medical services: this would affect nearly 80% of citizens (excluding the most disadvantaged) and could be applied on a volume of 28 million services used. A deductible amount equal to 20% of the cost of services would represent an average annual contribution of $22 ($37 for persons aged 65 and over) and around $5 per service used. A refundable tax credit could take into account economically disadvantaged citizens and those who require more frequent medical consultations.

  An income tax on services for hospital and medical services: this option would consist in adding to taxable income the cost of the services used and applying a progressive income tax, while limiting the amount of income tax on services to a percentage of taxable income.

  Advantages and disadvantages: All of the options favour individual assumption of responsibility and efficiency. Because of their modest cost, exclusion of the most disadvantaged and consideration of the ability to pay, they will not impede accessibility. They will make it possible to make up the shortage of funds and minimize tax increases. The income tax on services would make it possible to progressively take income, ability to pay and services received into account. Although it appears preferable in principle, it would be complicated both for citizens and for the government, and it would be expensive to administer.

Since in the current context of Bill C-3 it is impossible to propose options other than those falling under the first policy, the options with regard to basic services would consist of:

- reaffirming the importance of collective responsibility for funding basic services and establishing a systematic connection between overall expenses and the overall contributions of individuals, by associating these contributions with a collective insurance premium;

- undertaking a revision of the definition of basic services, so that in particular certain less important services can be considered auxiliary services and be subject to a financial contribution by users.

Although financing through income tax remains appropriate as the major source of funding, the MSSS considers that because of the current financial and fiscal situation, a user fee could be envisaged after the revision of Bill C-3, to make beneficiaries more aware of the costs of the services they use.

Possible policies and options for auxiliary services

Auxiliary services administered by the RAMQ can be subject to a user fee without causing any reduction in federal transfer payments. Moreover, an interprovincial comparison of such services shows that Québec is relatively generous in this respect. The MSSS therefore proposes the following policies:

- establishing a connection between individual consumption and financial contribution, through total or partial recovery of the cost of the services used;

- exempting the poor from any financial contribution and taking into consideration the individual user's ability to pay;

- encouraging citizens to practise prevention and to use services responsibly.

The available options are:

An income tax on services on auxiliary programs: this formula makes it possible in particular to set fees according to income, to provide for deductions that can be applied against taxable income to exempt persons who are below a level of income corresponding to the income security payment or who are receiving the maximum guaranteed income supplement. It should provide motivation toward prevention. It seems both costly (on the order of $15 million) and complicated to administer. These costs would be easier to justify if the formula was extended to cover basic services, which is improbable as long as Bill C-3 is not amended.

Establishment of payment scales for pharmaceutical services, combined with a refundable tax credit: it would be possible, without deinsurance of

medication for the elderly, since their cost can be very high, to apply a fixed payment scale per prescription, while exempting the most disadvantaged. Ability to pay could be taken into consideration by means of a refundable tax credit.

Deinsurance of optometry and curative dental services, also combined with a refundable tax credit: deinsurance of dental services for children should be applied only to curative services whose cost can be reduced by normal oral hygiene. Preventive services and the annual examination will be maintained. Since the average cost of an eye examination ($32) represents only a small part of the cost of wearing corrective lenses, optometry services can be deinsured. Deinsurance could be accompanied by a refundable tax credit and would therefore not represent a significant financial burden for Québec households.

Advantages and disadvantages of these options: the rate setting and deinsurance measures would represent net savings on the order of $100 million. The proposed means would maintain accessibility and protect low-income and high-use segments of the population.

Contributions affecting other programs could be envisaged. Additional work will be required, since it is not possible at present to define all basic and auxiliary services. This redefinition would represent a major change which would allow an acceptable reconciliation of the basic objectives pursued by the MSSS with the imperatives resulting from the current situation in public finances.

Federal-provincial strategy of the MSSS

According to the Canadian constitution, health and social services fall under the exclusive jurisdiction of the provinces. In the 1960s, however, the federal and provincial governments committed themselves to collaborating in the development and maintenance of a health system that would provide comparable medical and hospital services in all provinces. The federal government promised to compensate in part for the discrepancies between the fiscal capacity of the provinces by assuming about half of the costs of the services described above. The provinces, for their part, provide the services, while observing certain standards.

Successive unilateral measures by the federal government within the EPF framework (established programs financing), including reinforcing the Canada Health Act (Bill C-3) and the announced freeze on the contribution per resident, constitute major decisions affecting the funding of health services. The renouncing of responsibility and disengagement of the federal government are unacceptable in that they disregard historical commitments, and they come at a time when there are major pressures on the health system. They are incompatible with upholding the provisions of Bill C-3, and they are unfair in that they do not take into account the relative fiscal capacity of the provinces.

The MSSS will henceforth make its financial efforts in health and social services transparent and it will improve its accountability in this respect. At

the same time, it reiterates its position on the need for revision of federal-provincial cooperation based on the following principles:

Reestablishment of the federal transfer payments to the established programs financing (EPF): federal-provincial cooperation must be reaffirmed on the basis of federal reinvolvement in common objectives in health and social services. The federal contribution to the EPF should be based on economic indicators that would take into account changes in expenditures.

Reduction in the limits to the provinces' exercise of responsibility: it seems reasonable to ask the federal government, like other parties, to contribute to resolving the impasse in funding by not making its transfer payments dependent on standards that limit the provinces' free exercise of their responsibilities, in particular with respect to the basket of insured services and access to services.

5. CONCLUSION: major choices for caregivers and citizens

The extent of the deficit to be made up, which could be anywhere from $1 billion to $2 billion in five years, demonstrates the seriousness of the problem of funding health and social services and the necessity to act simultaneously to improve control of expenditures, to improve efficiency and effectiveness, to diversify the sources of funding, and to establish clear connections between consumption and funding. The present level and rate of growth of expenses financed by the consolidated revenue fund should be reduced substantially to comply with the government's budget policy. The citizens of Québec must make major choices as a society between a basic revision of the basket of services covered, a large increase in their tax burden, and the introduction of a payment scale based on consumption. The current parliamentary commission must make it possible for the government to take into account the choices expressed in this regard by the population.

CHAPTER IV

A NEW INTEGRATED REGULATORY FRAMEWORK FOR EXPENDITURES AND FUNDING OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES IN QUÉBEC

The last chapter of the discussion paper shows the need for a new regulatory framework to correct current deficiencies which limit opportunities to adjust and channel available resources in line with basic government objectives. The MSSS therefore proposes to set up a general health and social services fund to serve as an integrated management framework. Such a framework will be more effective than the present system in reconciling expenditures with evolving needs and budgetary and financial restraints, in introducing spending controls and efficiency and effectiveness measures, and in moving towards acceptance of new sources of financing.

An integrated framework for regulating expenditures and financing

This fund will keep account of all public expenditures for health and social services and each source of revenue contributing to funding them. Each contribution source will be shown separately in order to establish a clear awareness of the funding shares borne by users, employers, co-insured citizens, the federal government, and taxpayers (contribution to consolidated fund).

- **The fundamental role of the fund** will be to reveal the funding balances specific to the health and social services sector, to better measure the magnitude of these imbalances, and to better identify their sources. This knowledge will help governments make decisions on priorities in the sector. By showing more clearly the impact of decisions on the cost of health and social services and public finances, this fund will serve to promote collective responsibility in the consumption, delivery, and financing of these services.

  It should be noted that the creation of a seperate fund will not solve current funding problems unless accompanied by the various measures outlined here. Indeed, the entire range of problems must be corrected if we are to reconcile as best we can expenditure growth with the economic well-being of both citizens and the government in coming years.

- **Improved accountability mechanisms will be introduced.** The discussion paper proposes publication of an appendix to the spending estimates and the budget speech. The appendix would outline the fund's objectives, current situation and financing balance, as well as the long-term forecasts, budget, tax and contributory measures, and the necessary rationalization measures.

A preliminary estimate of the scope of measures to be taken by a general health and social services fund

The annual imbalance to be made up by the fund could vary from $200 million to $400 million depending on the assumptions employed.

- $200 million a year if (1) spending is limited to the CPI plus 3%, (2) employer contributions follow a normal trend and the federal contribution to EPF continues as announced, and (3) the shortfall to be paid from the consolidated fund grows at the rate of the GDP (CPI plus 3%);

- $400 million a year if spending grows by the CPI plus 3.5%, and if financing of the consolidated fund (including employer and federal government contributions) is restricted to a growth rate equalling the CPI plus 1%, which budget spending policy predicts.

The measures that the fund must take will therefore amount to $1 billion or $2 billion over five years, depending on which assumption proves true.

Given the magnitude of the funding shortfall, there is an urgent need to introduce, as quickly as possible, a series of measures to improve expenditure control, increase efficiency and effectiveness, and diversify funding sources. Faced with an increasingly serious financial deadlock, we must make major collective choices between fundamental changes to the basket of health and social services (partial or total deinsurance of some services) or a significant increase in the tax burden and fees for users of services.

Through the present parliamentary commission, the MSSS invites all citizens to suggest acceptable and realistic measures to reduce current spending and spending growth rates, and to advise the MSSS of the choices they prefer.

A DIFFICULT AND EXCITING CHALLENGE AT THE HEART OF QUÉBEC LIFE

This document outlines the MSSS's analysis of spending and financing problems in Québec's health and social services sector, along with key directions and alternate courses of action, with their consequences, which seem likely to restore its financial health. There are many large and complex problems which must be resolved without delay. But the chances of recovery seem good if the proper treatment is applied. The MSSS is now asking for advice and solutions from citizens most affected by the objective we must all work towards: improving the general condition of health and social services for Quebecers within the means of our limited resources. The anticipated proposals must be aimed at reducing the current level of expenditures, reducing their rate of increase and modifying their means of financing.

Like society in general, Québec's health and social services system is in transition and undergoing major reform. Major changes are necessary in funding the system. This reform and reorganization will present a difficult challenge for caregivers and the public as a whole in coming years. But the challenge is also an exciting one.

The health care and social services system is at the heart of Québec's social and economic life, and provides exceptional benefits to all Quebecers. It covers basic economic security and health care needs of individual Quebecers, maintains the human capital value of the work force for Québec business owners, and offers highly-trained practitioners interesting and relatively well-paid careers in a high-technology sector. For relatives and family, it plays an important role in caring for the sick and reliant elderly, freeing them from the most difficult tasks related to their responsibility. It also provides recourse for people in distress.

We all have a stake in maintaining the Québec health and social services system. And we all have a part to play in solving its current funding problems. We must each bear our responsibilities in order to maintain accessibility for all citizens to benefits that are so important for the security and development of individual Quebecers and Québec society as a whole.